

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA
ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WARUNKÓW WYMAGANYCH DLA SPRZĘTU MEDYCZNEGO

Lp.	Nazwa / Opis parametru	Parametr wymagany (graniczny)	Parametr oferowany TAK/NIE (proszę wypełnić)
Koncentrator tlenu			
1.	Koncentrator do użycia przy łóżku chorego	TAK	
2.	przenośny (tj. na kółkach)	TAK	
3.	Dopuszczamy wagę od 14 do 20 kg	TAK	
4.	cicha praca - max. 35 db	TAK	
5.	niski pobór mocy	TAK	
6.	wysokie stężenie tlenu (93% ± 3%)	TAK	
7.	możliwość ustawienia przepływu tlenu w zakresie od 0,5l/min. do 5l/min	TAK	
8.	wizualny i dźwiękowy alarm niskiego stężenia tlenu	TAK	
9.	dźwiękowy alarm braku zasilania, niskiego i wysokiego ciśnienia	TAK	
10.	instrukcję obsługi w języku polskim	TAK	
11.	kaniula nosowa	TAK	
12.	maska tlenowa	TAK	
13.	przedłużacz 5m	TAK	
14.	nawilżacz	TAK	
15.	Długość gwarancji (wpisać okres oferowany)	min 24 miesiące	

Zdjęcie oferowanego sprzętu:

.....
podpis Oferenta